Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik
zu Kiel.

Über die Geistesstörungen

beim

Zeugungs- und Fortpflanzungs-Geschäft des Weibes.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der

Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Max Scherer,

Assistenzarzt der Kgl. med. Universitäts-Poliklinik zu Kiel.

LÜBBECKE 1905.
Druck von Fr. Werneburg.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Über die Geistesstörungen

beim

Zeugungs- und Fortpflanzungs-Geschäft des Weibes.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der

Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Max Scherer,

Assistenzarzt der Kgl. med. Universitäts-Poliklinik zu Kiel.

LÜBBECKE 1905.
Druck von Fr. Werneburg.

No. 2.
Rektoratsjahr 1905/6.
Referent: Siemerling.
Zum Druck genehmigt:
Dr. Graf Spee,
z. Z. Dekan.

Meinem lieben Onkel,

dem Kgl. Preussischen Forstmeister Herrn

Franz Giesse

zu Oberförsterei Thiergarten bei Fulda

in Dankbarkeit gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0037

Schon in den ältesten Zeiten haben die Geistesstörungen, die im Zusammenhang mit dem Geschlechtsleben des Weibes auftreten, das höchste Interesse erregt. So wissen wir beispielsweise, dass Hippocrates und Galen manche Formen der Puerperalpsychosen sehr wohl kannten, und eine recht bemerkenswerte Hypothese zur Erklärung ihrer Entstehung rührt von ersterem her. Wenn plötzlich die Lochial- oder Milch-Ausscheidung unterbrochen würde, so suchten die fraglichen Stoffe vergeblich einen Ausweg und versetzten sich nach einem Organ, dem sie erheblichen Schaden zufügten. So waren Puerperal- und Lactationspsychose eine Lochial- bezw. Milch-Versetzung nach dem Gehirn. Seither hat man beim Studium dieser Psychosen alle möglichen somatischen Veränderungen als Ätiologie herangezogen, Entzündungen der Brüste, Geburtswege, Hirnhäute u. s. w., man hat psychische Affectionen, Schreck, Angst, Reue u. s. w. angeschuldigt. Die Krankheitserscheinungen führte man auf Anämie und Hyperämie des Gehirns mit consecutivem Ödem zurück. Dem Kern der Frage sind wir damit nicht näher gekommen und wir werden es auch nicht, so lange die pathologischen Veränderungen des Gehirns, wie sie bei Psychosen bestehen müssen, uns eine terra incognita sind. Mit mehr Erfolg sind im Laufe der Zeit eine Reihe prädisponierender Momente ausfindig gemacht worden, Heredität, Chlorose, starke Blutverluste, körperliche Erschöpfung, schlechte Ernährung, Infection und Intoxikation, schliesslich psychische Momente. Über einen direkten Causalnexus zwischen den Geschlechtsfunktionen des Weibes und den im Zusammenhang damit auftretenden Psychosen wissen wir nichts.

Ich möchte hier nur eine ganz kurze Schilderung der einzelnen Phasen im Geschlechtsleben des Weibes mit den dabei beobachteten Psychosen geben, um dann die wichtigsten, die Puerperalpsychosen im engeren Sinne, ausführlicher zu erörtern.

In der Pubertätszeit erzeugt die bedeutende Reizung der Nerven, die das schnelle Wachstum und die erhöhte Funktion der Genitalien ausübt, nicht selten die Disposition oder die Hervorrufung psychischer Alterationen.

Schon der physiologische Vorgang der Menstruation pflegt von einer leichten Steigerung der psychischen Reizbarkeit begleitet zu sein. Am stärksten macht sich dieser Einfluss beim erstmaligen Eintritt der Menses geltend. Viele Krankheitsprozesse, namentlich Hysterie, Epilepsie und die noch in den ersten Stadien stehenden Psychosen werden durch die Menstruation entschieden ungünstig beeinflusst. Es kann bei dieser Gelegenheit zu ohnmachtsartigen Anfällen, Aufregungs- und Dämmerzuständen kommen. Es gibt ferner Fälle von periodischer Tobsucht, welche sich so eng an die Menses anschliessen, dass man geradezu von einem menstruellen Irresein sprechen kann. Bei menstruatio praecox werden die Mädchen öfters hysterisch, sogar geisteskrank, sie sterben meist jung. Bekannt ist die Entwickelung der Hysterie auf dem Boden einer Dysmenorrhoe.

Nicht so ganz selten sind Psychosen in der Hochzeitsnacht. Durch die äusserste körperliche und seelische Erregung entsteht in stürmischer Weise ein Zustand höchster Angst und tobsüchtiger Exaltation, der bald abklingt und unter dem Bilde der Melancholie oder des hallucinatorischen Irreseins wochen- bis monatelang sich hinzieht, um dann in Heilung überzugehen. Auch schnell vorübergehende hysterische Anfälle in der Hochzeitsnacht sind öfter beobachtet.

Weitaus am deutlichsten aber zeigt sich die hervorragende Rolle, welche das Geschlechtsleben auch für die psychische Persönlichkeit des Weibes spielt, in der Gruppe von Geistesstörungen, die ihren Ursprung nehmen in Gravidität, Lactation und Wochenbett, und mit denen wir uns hier näher beschäftigen wollen. Die Ursache der in dieser Zeit auftretenden Geistesstörungen muss wohl in einer Veränderung der Mischung und Cirkulation der Ernährungsflüssigkeit gesucht werden. Auch psychische Momente werden dabei mitspielen.

Wenden wir uns im einzelnen zunächst den Graviditätspsychosen zu. Ich möchte da die Worte des bekannten Gynä-

kologen Bumm anführen, der sagt: „Es gibt kein zweites Ereignis im Leben des Weibes, welches so gewaltige Veränderungen an Leib und Seele hervorruft, wie der Eintritt der Befruchtung. Was in rätselhafter Weise der umgestaltende, stetig schaffende Impuls des wachsenden Eis in langsamer, aber unaufhaltsamer Entwicklung zu Stande bringt, lässt sich an den Unterschieden ermessen, die das hochschwangere Weib von der Jungfrau trennen.“ Es werden ohne Zweifel an die Organe der Respiration und Cirkulation, der Verdauung, des Stoffwechsels und der Secretion erhöhte Anforderungen gestellt. Gesunde Frauen mit gesunden Organen überwinden alle diese Anforderungen. Wie nahe aber die Anforderungen der Schwangerschaft an die Grenze der Leistungsfähigkeit herangehen, zeigt freilich auf der andern Seite die Häufigkeit der Störungen, die im Gefolge der Gravidität auftreten, von denen uns hier nur die psychischen interessieren. Ihr ursächlicher Zusammenhang mit der Schwangerschaft scheint durch veränderte Blut-Mischung (Abnahme der Blutkörperchen und Salze, Zunahme des Fibrins) und Cirkulation (Ausbildung des Placentarkreislaufs) vermittelt zu werden. Als prädisponierende Schädlichkeiten sind folgende zu nennen: Heredität, doch ist sie nur von untergeordneter Bedeutung, sie liegt in etwa 25 % der Fälle vor. (Diese und alle folgenden statistischen Zahlenangaben sind entnommen „Siemerling, Graviditäts- und Puerperalpsychosen). Bedeutungsvoller sind grosse Blutverluste, Anämie, körperliche Erschöpfung und schlechte Ernährung; ferner mit der Gravidität nicht im Zusammenhang stehende Krankheiten, wie Typhus, Phthise, Nephritis etc. Nur unsicher zu beurteilen sind die psychischen Momente wie Reue, Scham, Angst vor der Geburt, Furcht vor Schande u. s. w. Interessant ist jedenfalls die Tatsache, dass unehelich Geschwängerte keineswegs einen höheren Prozentsatz stellen als verheiratete Gravidae.

Eine spezifische Graviditätspsychose gibt es ebensowenig wie eine spezifische Puerperal- oder Lactations-Psychose. Die häufigste Form ist die Melancholie, ausgezeichnet durch die Schwere der Erscheinungen. Suicidaler Trieb ist oft vorhanden. An zweiter Stelle kommt das hallucinatorische Irresein, die Prognose ist nicht ungünstig. Eine ganz charakteristische Erkrankung ist

die Chorea gravidarum. Sie tritt vorzugsweise bei Erstgeschwängerten auf, entwickelt sich allmählich oder auch in ziemlich stürmischer Weise unter Fieber.

Diese letzteren Fälle sind es, welche häufig letal enden. Unter heftigen, fast ununterbrochenen Krämpfen, Aufregung, Delirien, maniakalischen Zuständen kommt es zum Tode.

Kurz erwähnen will ich dann die psychischen Störungen unter der Geburt, die übrigens recht selten sind und gewöhnlich mit Beendigung des Geburtsaktes ihr Ende finden. Dass das ganze Nervensystem und die Psyche in den qualvollen Stunden der Geburt bei an und für sich schon labilen Frauen aufs äusserste angegriffen wird, ist ohne weiteres klar. Es handelt sich um Dämmerzustände, hallucinatorische Delirien und Tobsuchtszustände. Meist besteht nachher vollkommene Amnesie für die Vorgänge während der Geburt, ja sogar für die Geburt selbst. Nicht selten ist ausgesprochene Neigung zu Gewaltakten vorhanden, die sich meist gegen das Neugeborene richten, und so können derartige Psychosen gerichtsärztlich von Interesse sein.

Ich komme nunmehr zu der wichtigsten Gruppe, den Puerperal- und Lactationspsychosen. Bemerken will ich gleich, dass es unmöglich ist, eine scharfe Grenze zwischen beiden zu ziehen, dass man aber für gewöhnlich zu den Puerperalpsychosen diejenigen rechnet, die in den ersten 6 Wochen post partum auftreten, die später entstehenden als Lactationspsychosen bezeichnet. Ich werde beide zusammen behandeln.

Vorausschicken möchte ich den im Rahmen dieser Betrachtung paradox klingenden Satz, dass, so eingreifend auch die Umwandlungen sind, die sich im Wochenbett am ganzen Genitalsystem abspielen, der Allgemeinzustand der Frau dadurch wenig beeinflusst wird. Und doch sehen wir so häufig Störungen der Psyche in diesem Zeitraum auftreten. Fast 10 % aller Psychosen beim Weib sind puerperalen Ursprungs, die Lactationspsychosen stellen sich auf 5 % (Weebers).

Im Einklang mit dem bereits in der Einleitung Gesagten ergibt sich hier, dass wir die eigentliche Ursache der Wochenbettspsychosen eben nicht kennen. Was die für die Entstehung von Wochenbettspsychosen prädisponierenden Schädlichkeiten angeht,

verweise ich zunächst auf die Bemerkungen unter Graviditätspsychosen. Prüfen wir weiter, so erscheint auffallend die Tatsache, dass Schwere oder Leichtigkeit der Entbindung keinen grossen Einfluss hat. Unter 30 von Dörschlag zusammengestellten Fällen finde ich nur 2 Zangengeburten, 5 sind als schwer bezeichnet; 17 waren Erstgebärende, die übrigen Mehrgebärende, 11 ledig, die anderen verheiratet. Diese Zahlen entsprechen ungefähr den von der Statistik gefundenen, wonach auf operativ beendete Geburten 7,2 % entfallen, Erstgebärende mit 40 %, Ledige mit 23,8 % beteiligt sind. 6 mal war Heredität nachzuweisen, und auch dieses Verhältnis entspricht einem Prozentsatz von 25 % (Siemerling).

Von hoher Bedeutung für das Zustandekommen einer Puerperalpsychose sind Infektion und Intoxikation. Nach den Untersuchungen von Siemerling ist erstere mit 24 %, letztere mit 16 % vertreten. Die puerperale Infektion kann sehr verschieden sein, es kann sich um Mastitis, Metritis, Endo-Peri-Para-Metritis, Phlebitis, Peritonitis, Osteomalacie u. s. w. handeln. Die unter dem Bilde der Eklampsie auftretende Intoxikation soll bei Besprechung der einzelnen Arten puerperaler Psychosen näher gewürdigt werden. Wo alle die herangezogenen somatischen und psychischen Momente im Stiche lassen, müssen wir zu dem etwas vagen Begriff der Erschöpfung unsere Zuflucht nehmen. Ich erinnere da an die einschneidenden Veränderungen, welche der mütterliche Organismus mit der Geburt erleidet: Der kolossale Gewichtsverlust, den die Frau durch die plötzliche Entleerung der Beckenorgane erfährt, der auf etwa 1/10 des Gesamtkörpergewichts angegeben wird, und schon im Laufe der ersten Woche in Folge der reichlichen Ausscheidungen durch Urin, Schweiss, Lochien und Milch noch um weitere 4 kg steigt; der Blutverlust während und nach der Geburt; die plötzliche Ausschaltung des Placentarkreislaufs; die Änderung der Blutmischung, die in dem umgekehrten Sinne vor sich geht, wie es bei der Graviditätspsychose beschrieben wurde; der Wechsel der Ernährung u. s. w. Gesteigert wird die Gefahr noch durch ein schlecht abgewartetes Wochenbett.

Die puerperalen Psychosen sind am häufigsten im 20. bis

30. Lebensjahr mit 56 %, 19 % entfallen auf das 30. bis 35. Lebensjahr, von da an nehmen sie rasch ab. Von den bei Dörschlag zusammengestellten Fällen kommen 22 auf das Alter zwischen 20 und 29 Jahren. Der Ausbruch der eigentlichen Puerperalpsychosen fällt meist in die ersten Tage nach der Entbindung, während die Lactationspsychosen nach Krafft-Ebing selten vor dem 3. Monat vorkommen. Von den eben erwähnten Fällen brachen 16 in der ersten Woche, 25 in den ersten 14 Tagen aus, die Statistik nennt in Übereinstimmung damit 50 und 60 %. Einmal fiel der Beginn auf den Tag der Entbindung, 4 mal auf den folgenden Tag; 3 mal begann die Krankheit in der 4. Woche, 2 mal in der 7. Woche. Grossen Wert haben genaue Statistiken nicht, da naturgemäss der wirkliche Beginn der Psychose sehr häufig nicht festzustellen ist.

Eine specifische puerperale Psychose gibt es nicht, es kann gelegentlich einmal jede Geisteskrankheit ausbrechen. Die weitaus häufigste Form ist das akute halluzinatorische Irresein mit über 55 %. Meist kann man im Verlauf dieser Erkrankung drei Stadien unterscheiden: Tobsucht, Stupor, Reconvaleszenz. Als charakteristisch für diese Form der Puerperalpsychose gibt Fürstner das ganz akute Einsetzen und das schnelle Anwachsen der Symptome an. Beherrscht wird das ganze Krankheitsbild von Halluzinationen der verschiedensten Art. Im ersten Stadium halluzinieren die Kranken, sind verworren, hochgradig motorisch erregt. Die Halluzinationen bestehen im zweiten Stadium unvermindert fort, die Kranken sind stumm, stupid, neigen zu plötzlichen, impulsiven Gewalttaten, die Perception für äussere Eindrücke ist nicht völlig aufgehoben. Dann schwinden allmählich die Sinnestäuschungen, die Kranken erwachen aus ihrem Stupor, hellen langsam auf, sind psychisch wieder normal. Nicht ganz selten sehen wir eine Abortivform der Erkrankung derart, dass das 2. Stadium fehlt, nach der tobsüchtigen Phase direkt die Reconvaleszenz sich einleitet. Ausserdem können natürlich die verschiedensten Variationen vorkommen mit Anfällen, Selbstmordversuchen u. s. w. Hinsichtlich des Verlaufs der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit vermögen wir eine leichte und eine schwere Form zu unterscheiden. Die leichte Form kommt in

etwa 4—5 Wochen zur Heilung, die schwere beansprucht dazu 4—5 Monate. Die Prognose beider Formen ist günstig, etwa 70 % heilen. Wo Genesung nicht eintritt, kommt es zu schneller oder langsamer fortschreitender Demenz bis zur völligen Verblödung.

Die zweithäufigste puerperale Psychose, die Melancholie, ist mit 12 % vertreten. Sie bricht meist kurz nach der Entbindung aus, ist ausgezeichnet durch die Schwere der Symptome, wie Angstaffekte, Versündigungsideen, Verfolgungsvorstellungen, Selbstmordversuche. Triebartige aggressive Handlungen, auch gegen das eigene Kind, werden häufig beobachtet. Die Prognose der puerperalen Melancholie ist gut, $^3/_4$ der Fälle heilen.

Eine relativ häufige Geistesstörung im Wochenbett ist auch die Manie mit 5 %. Sie entsteht am Ende der ersten Woche nach der Entbindung und dauert durchschnittlich 4—5 Monate, um dann fast immer in Genesung überzugehen. Ihre charakteristischen Symptome sind heitere Verstimmung, rascher Stimmungswechsel, Ideenflucht, lebhafter Bewegungsdrang u. s. w.

Äusserst selten entstehen im Wochenbett progressive Paralyse und chronische Paranoia. Was das Auftreten der Katatonie im Puerperium und ihre relative Häufigkeit betrifft, so sind die Meinungen noch sehr geteilt. Einzelne Autoren geben 27 % an (E. Meyer), andere nur 2 % (Siemerling). Prognostisch ist es ohne Bedeutung, eine echte Katatonie von einer Psychose mit katatonen Erscheinungen scharf abzugrenzen.

Epileptische Anfälle hat man einige Male im Puerperium auftreten sehen. Es kam meist bald nach der Entbindung zu Krämpfen mit nachfolgender Verwirrtheit, die jedesmal nur ganz kurze Zeit dauerte.

Fieberdelirien und Krankheitsbilder vom Charakter des delirium acutum sind bei der grossen Häufigkeit der zu Grunde liegenden puerperalen Infektion nicht selten. Es bestehen Bewusstseinstrübung, Desorientiertheit, Sinnestäuschungen meist beängstigender Natur, grosse motorische Unruhe, Symptome, die bei delirium acutum mit vollkommener Incohärenz und heftigsten Jactationen ihre höchste Steigerung erfahren. Die Prognose des delirium acutum ist infaust, fast immer kommt es zum exitus

letalis. Leichtere Formen von Fieberdelirien können zur Heilung gelangen.

Nicht häufig sind Psychosen nach Eklampsie, einer eigenartigen, in ihrem Wesen noch nicht vollkommen aufgeklärten Intoxikation, die ihren Ausdruck findet in charakteristischen, tonisch-klonischen Krämpfen der gesamten Skelettmuskulatur. Da die Quantität des Harns mit der Schwere der Symptome zusehends ab-, sein Eiweissgehalt rapide zunimmt, so ist es am wahrscheinlichsten, dass es sich um eine Vergiftung mit Stoffen handelt, die im Körper selbst gebildet werden und mit dem Harn den Körper verlassen sollten, in Folge der darniederliegenden oder gänzlich aufgehobenen Nierenfunktion jedoch zurückgehalten werden. Welcher Art die vergiftenden Stoffe sind, ob kohlensaures Ammoniak, Carbaminsäure, Leukomaïne etc., ist noch völlig unbekannt. Im Anschluss nun an eklamptische Anfälle kann es zu einem soporösen Stadium, zu halluzinatorischer Verwirrtheit kommen. Die Prognose der eklamptischen Psychosen ist im allgemeinen günstig.

Nur der Vollständigkeit halber erwähne ich noch kurz die psychischen Alterationen des Weibes im Climakterium. Die Neigung der Frauen, in dieser Zeit psychisch zu erkranken, ist wohl zunächst bedingt durch die allgemeinen Veränderungen, welche die Rückbildungszeit einleiten. Anderseits kommt auch dem Ausfall der Geschlechtsfunktionen des Weibes ein besonderer Einfluss auf das geistige Leben zu. Die als längst überwunden angesehene Anschauung, dass dem Ovarium ausser der Ovulation auch die Aufgabe zufällt, das körperliche und psychische Gleichgewicht der Frau im Stande zu halten, ist in letzter Zeit neu aufgetaucht und scheint eine Bestätigung zu erfahren durch die Beobachtungen, die man nach frühzeitiger Kastration gemacht hat. Als im Climakterium mit Vorliebe auftretende Psychosen nenne ich Dementia paralytica, Melancholie, Paranoia.

Nachstehend eine kurze Statistik der vom 1. Oktober 1901 bis zum 1. April 1904 in der psychiatrischen Klinik zu Kiel beobachteten Puerperalpsychosen.

Es wurden aufgenommen
vom 1. X. 01 bis 1. IV. 02
geisteskranke Frauen 94, darunter Puerp.-Psych. 5,
vom 1. IV. 02 bis 1. IV. 03 207, 12,
vom 1. IV. 03 bis 1. IV. 04 260, 10.

Auf diese 27 Fälle von Puerperalpsychosen im weiteren Sinne entfallen auf Graviditätspsychosen 11 (3 Fälle von Epilepsie, je 2 Fälle von Hysterie und Katatonie, je 1 Fall von halluzinator. Verwirrtheit, Chorea, Fieberdelirium, Melancholie); auf Puerperalpsychosen im engeren Sinne 6 (2 Fälle von halluzinatorischer Verwirrtheit, je 1 Fall von Melancholie, Katatonie, Hysterie, Eklampsie); auf Lactationspsychosen 10 (je 3 Fälle von halluzinatorischer Verwirrtheit und Melancholie und je 2 Fälle von Katatonie und Amentia).

Es entfielen also in einem Zeitraum von $2^1/_2$ Jahren bei einer Gesamtzahl von 561 geisteskranken Frauen überhaupt auf Puerperalpsychosen nur 27 Fälle. Bringe ich noch die darin einbegriffenen 11 Graviditätspsychosen in Abzug, so verbleiben 16 Puerperalpsychosen im engeren Sinne. In Prozenten ausgerechnet, ergibt das 2,85 %, d. h. also ungefähr dieselbe Zahl, die auch Siemerling in seiner Abhandlung angibt.

Im Folgenden möchte ich nun einige interessante Fälle anführen.

1. Fall. Frau M., 34 Jahre.

Anamnese abgegeben vom Bruder am 6. VIII. 03.

Mutter nervös, Tante im Wochenbett geisteskrank, Bruder hat sich aus Schwermut erschossen. Pat. war schon als Kind stets ernst, nahm alles sehr schwer, konnte es nie gut genug machen. Trotz grossen Fleisses in der Schule schlecht gelernt. Seit 1900 verheiratet, am 29. VII. erste Geburt, die gut verlief. Schon während der Gravidität traurige Verstimmung; sorgte schon seit 4 Monaten über die Zukunft des Kindes. Nach erfolgter Geburt viel freier, glücklich über das Kind, stillte die ersten 3 Tage, hatte dann keine Milch mehr. Heute früh stand sie auf, wurde dann sehr exaltiert, fiel beim Füttern des Kindes

ins Bett zurück, zitterte an Armen und Beinen, grimmassierte, knirschte mit den Zähnen. Dies wiederholte sich nach $^1/_2$ stündiger Dauer noch einmal $^1/_4$ Stunde lang. Nachher war Pat. verwirrt, erklärte unschuldig zu sein, wolle keine Strafe, fürchtete den Gerichtsvollzieher. Erkannte noch ihren Mann und den Arzt, klagte über Kopfschmerzen.

Wird vom Mann in die Klinik gebracht. Im Bett jammert sie, sagt mehrmals „nee, nee, meine Sachen sind weg.“ Name? — Haus? „Weiss ich nicht.“ Krank? „Nein.“ Haben Sie ein Kind? „Nein.“ Sagt spontan „ich bin tot.“ Liegt steif da, beobachtet die Umgebung. Bezeichnet Gegenstände richtig, nennt dann ihre Personalien, auch dass sie ein Kind habe. Von selbst sagt sie, sie mache alle Menschen damit unglücklich. „Ja, wischen Sie mich doch ab, Herr Dr., das sind doch keine Knochen, das bin ich doch selbst.“ (Hebt die Bettdecke hoch).

Status: mittelkräftig gebaut, dürftig ernährt. Haut heiss, trocken. Pupillen übermittelweit, gleich, rund. R. L. +; R. C. +; A. B. frei; VII frei; Zunge gerade, zittert leicht.

Knieph., Achillessehnenreflex beiderseits bedeutend verstärkt, Abdominalreflex fehlt, Plantarreflex +. Lunge, Herz ohne pathol. Befund. Puls 90, regelmässig, gut. Bauch leicht vorgetrieben, überall weich, fundus uteri nicht zu fühlen. Rahmiger, gelber Lochialfluss.

7. III. Nachts nicht geschlafen, liegt regungslos da. Auf Befragen gibt sie an, die Geburt sei sehr schmerzhaft gewesen. Meint, sie sei durch die vielen Besuche während des Wochenbetts aufgeregt worden. Mit 24 Jahren will sie aus dem Fenster gestürzt und $^1/_2$ Stunde bewusstlos gewesen sein. Sinnestäuschungen werden negiert. Temp. 38,2 °, kein Frost, Puls 92, etwas weich. Die Pupillen wechseln auffallend in der Weite, zur Zeit nur stecknadelkopfgross. Schläfrig, apathisch, starker Durst. Pat. behauptet ganz gesund zu sein. Trional.

8. VIII. Gut geschlafen, ziemlich somnolent, euphorisch. Puls 92, klein und weich, Schmerzen im Unterleib, tympanitischer Schall. Temp. 40,7 °.

9. VIII. Abdomen aufgetrieben, diffus druckempfindlich, Herztätigkeit schwach, Puls sehr weich, ist noch gut. Nachmittags delirium cordis, facies hippocratica.

10. VIII. Sehr hinfällig. Kampher, Coffein, Kochsalzinfusion 1 Liter.

11. VIII. Starker Meteorismus, Puls klein, unregelmässig.

12. VIII. Heftigste Leibschmerzen, Temperatur im ganzen geringer. Sensorium frei, Stimmung immer noch sehr euphorisch. Keine Klagen über Kopfschmerz oder sonstige cerebrale Störungen. Nachmittags kühle Extremitäten bei einer Temperatur von 40 °. Puls 132. Ausdehnung des Leibes nimmt zu.

13. VIII. Flatternder Puls, profuser Schweiss, spitzes Gesicht, kalte Extremitäten, beschleunigte Atmung (64 Respirationen pro Minute). Trotz dauernder Kampfer- und Coffeininjection zunehmende Herzschwäche, kalter Schweiss. Über den unteren Lungenpartieen gedämpfter Schall. Rascher Verfall, bleibt bis zuletzt klar, glaubt morgen nach Hause zu können, fühlt sich jetzt ja ganz gesund.

Unter heftigem Vomitus um $12^1/_2$ Uhr exitus.

2. Fall. Frau Sch., 31 Jahre.

Anamnese abgegeben vom Mann am 28. VI. 04.

Pat. ist seit 1901 verheiratet; über Heredität und frühere Krankheiten seiner Frau weiss Ref. nichts anzugeben. 3 Kinder, gesund, kein Abort. Letzter partus am 29. III. 04, Pat. stillte selbst. Seit 4 Wochen ist Pat. in ihrem Wesen verändert, hatte damals Streit mit der Hauswirtin, wobei sie sich sehr aufregte. Sass damals still in den Ecken herum, kümmerte sich nicht um die Wirtschaft, antwortete nicht auf Fragen. Nach einigen Tagen spontane Besserung. Nach einem neuen Streit mit der Wirtin dauernde Erregtheit. Lief in den Garten und riss neugepflanzte Büsche aus, zerschlug Geschirr, zertrümmerte Stühle, riss ihr Zeug entzwei. Dabei kein Lärmen und Schreien. Ihr Kind nährte sie weiter, Sinnestäuschungen wurden nicht beobachtet. Die Menses sind noch nicht wieder eingetreten.

Wird vom Mann gebracht, ist ruhig, heiter, gibt ihre Personalien richtig an. Ist örtlich und zeitlich orientiert, will nie

ernstlich krank gewesen sein. Infection, Potus, Heredität negiert. Ihr Mann sei Trinker, misshandle sie häufig. Sie weiss, dass sie Streit mit der Hauswirtin hatte, nach dem Grund ihres Verhaltens in den letzten 8 Tagen befragt, gibt sie ganz verworrene Antworten. Die Blumen habe sie ausgerissen, weil sie zu klein gewesen seien, das Geschirr sei schon vorher entzwei gewesen, erzählt das alles unter fortwährendem Lachen. Sagt spontan „ich will alles waschen und reinemachen. Sie habe schon immer so Totenköpfe vor Augen gehabt." „Das macht wohl, wenn sich die Witterung ändert, oder weil ich immer so schlechten Kaffee trinke. An der roten Jacke habe ich sie auch schon gesehen." „Manchmal möchte ich tanzen und alles machen. Walzer tanzen möchte ich auch gern." Schüttelt sich dabei vor Lachen. Krank? „Nein, ich bin immer barfuss gelaufen und habe mich dadurch erkältet." Pat. macht einen heiteren, läppischen Eindruck. Zieht sich die Schuhe aus und will sie nicht wieder anziehen. Antwortet ganz konfus.

Status: Mässiger Ernährungszustand, Temperatur 37,0 °, Pupillen mittelweit, gleich, rund. R. L. +; R. C. +; A. B. frei; VII frei. Sattelnase, Zunge grade, zittert etwas. Rachenreflex 0; Reflex der O. E. +; Abdominalreflex 0; Knieph. lebhaft; Achillessehnenreflex +, Plantarreflex + (Zehen plantarwärts). Sensibilität und Motilität ohne gröbere Störungen; Lunge, Herz ohne pathol. Befund; Puls 90, regelmässig. Auf Druck entleert sich aus den Brustwarzen Milch.

29. VI. Nachts gut geschlafen auf Mittel, hat eingenässt. Heute morgen ruhig ohne besonders heiteren Affekt. Im Laufe des Tages unruhig, reisst sich den um die Mammilla gelegten Verband ab, drängt aus dem Bett.

30. VI. In der zweiten Hälfte der Nacht sehr laut, sprach viel vor sich hin, drängte aus dem Bett. Tagsüber ruhig.

1. VII. Sehr vergnügte Stimmung, antwortet unter beständigem Lachen, wälzt sich von einer Seite auf die andere, wirft die Bettdecke fort.

Pat. wird später gebessert entlassen.

3. Fall. Dora R., Dienstmädchen, 20 Jahre.

Anamnese abgegeben von der Mutter am 16. IV. 04.

Heredität, Trauma, Infection, Potus werden negiert. Früher gesund gewesen, in der Schule schlecht gelernt. Seit 15. Jahr menstruiert, Menses immer ausserordentlich reichlich, sonst ohne Beschwerden. Als Dienstmädchen zur vollen Zufriedenheit gearbeitet. Am 2. IV. 04 normale Entbindung. Pat. arbeitete noch bis 8 Tage vor dem partus. Puerperium normal bis zum 11. IV. 04. An diesem Tage wurde ihr erzählt, dass ein Kind ihrer Dienstherrschaft, an dem sie sehr hing, eine schwere Operation durchmachen müsse. Sie regte sich darüber sehr auf, weinte viel. Seit 14. IV. 04 sehr unruhig, rief fast ununterbrochen mit lauter Stimme „ja, ja, ja." Dazwischen Halluzinationen, meist angenehmer Art, glaubt ihren Bräutigam bei sich im Bett zu haben, sah bekannte Personen im Zimmer, hörte Stimmen vor der Tür. In ihrem Bett sei ein Telefon, führte ganze Gespräche durch das Telefon. Zeitlich und örtlich soll sie stets orientiert gewesen sein.

Wird von der Mutter in die Klinik gebracht, schreit fortwährend mit gellender Stimme „ja, ja, ja." Wird gleich ins Isolierhaus gebracht, bleibt ruhig im Bett. Bald leise, bald laut schreiend, stösst sie einzelne Buchstaben, Silben, Zahlen unzusammenhängend hervor. Dazwischen pfeift und schnalzt sie, streckt segnend die Arme aus. Auf Fragen reagiert sie nicht, sagt einmal plötzlich „Dora R.", fällt dann in das frühere Verhalten zurück; Aufforderungen befolgt Pat. nicht, die passiv erhobenen Gliedmassen lässt sie eine zeitlang stehen.

Status: Ziemlich guter Ernährungszustand, Temperatur 38,2°, Pupillen mittelweit, gleich, rund. R. L. +; VII frei; R. C. und A. B. nicht zu prüfen. Reflex der O. E. +; Knieph. +; Achillessehnenreflex +; Plantarreflex + (Zehen plantarwärts). Sensibilität nicht zu prüfen, Motilität ohne Störung. Lunge, Herz ohne pathol. Befund; Puls 72, gut, Uterus gut zurückgebildet, geringer blutiger Ausfluss, Mammae prall mit Milch gefüllt.

Abends sehr unruhig, schreit ununterbrochen sinnloses Zeug, wühlt im Bettzeug umher, versucht sich auf den Kopf zu stellen, drängt aus dem Bett. Erhält 0,001 Scopolamin und 0,015 Morf.

17. IV. Nachts nicht geschlafen, dauernd geschrieen. Tags über sehr unruhig.

18. IV. Nachts auf Veronal gut geschlafen, auch Tags über ruhiger. Dauerbad. Zuweilen befolgt sie Aufforderungen.

20. IV. Nachts unruhig, sang laut; Tags über ruhig.

21. IV. Nachts gut geschlafen, Tags über ruhig, sonst unverändert.

26. IV. Im ganzen etwas ruhiger. Lacht vor sich hin, singt leise, wiederholt häufig ganz sinnloses Zeug. Gibt ihren Namen richtig an. Wie lange hier? „Seit heute.“ Verweigert die Nahrung, wird gefüttert.

2. V. Teilnahmlos im Bett, meist hat sie die Decke über das Gesicht gezogen, spricht von selbst nicht. Ins Ärztezimmer gebracht, gibt sie auf Aufforderung die Hand, nach ihrem Namen gefragt, antwortet sie nach langem Zögern „Anna, Maria, Emma.“ Macht eigentümlich wiegende Bewegungen mit dem Oberkörper, faltet die Hände. Bewegt manchmal die Lippen und öffnet den Mund, als ob sie reden wolle, bringt aber nur unverständliche Flüstertöne hervor, grimmassiert.

10. V. Vollkommen unverändert.

16. V. Hatte gestern Besuch von ihrem Bräutigam, nahm von demselben gar keine Notiz. Heute unruhig, klatscht taktmässig in die Hände, wirft die Bettdecke weg, schreit in schrillen Tönen unverständliche Laute. Singt die Melodie des Liedes „ o Tannenbaum“, legt ihr einen ganz unsinnigen Text unter. Tanzt in der Zelle rückwärts im Kreise umher. Deutliche Echopraxie.

17. V. Nachts sehr unruhig trotz Schlafmittel. Heute morgen erregt, wirft sich taktmässig von einer Seite auf die andere, trommelt mit den Fäusten auf die Decke, schlägt sich dann abwechselnd mit den Händen auf den Mund, singt und deklamiert sinnlose Worte. Ins Bad gebracht, schlägt Pat. mit grosser Gewalt ununterbrochen ins Wasser, so dass die Badewanne innerhalb weniger Minuten fast leer ist.

24. V. Im allgemeinen etwas ruhiger. Grimmassiert, stösst unartikulierte Laute aus, flüstert vor sich hin. Während Pat.

bis jetzt sauber war, hat sie heute Stuhl und Urin unter sich gelassen.

25. V. Gut geschlafen, liegt teilnahmlos im Bett. Weder spontan noch auf Fragen erfolgen sprachliche Äusserungen.

2. VI. Liegt apathisch im Bett. Hält die Hände vor das Gesicht. Auf sehr energische Fragen antwortet sie ab und zu mit einem kurzen „ja“ oder „nein.“

15. VI. Vollkommen unverändert; lacht, wenn man sie anredet, grimmassiert.

29. VI. Unverändert.

7. VII. Liegt dauernd ruhig im Bett, ohne von der Umgebung im geringsten Notiz zu nehmen. Eigentümliche Bewegungen mit den Händen, greift sich bald in Nase, Mund, Augen, bald fuchtelt sie in der Luft umher. Lebhaftes Grimmassieren. Spricht von selbst nicht, antwortet nur selten, führt Aufforderungen aus. Hält sich sauber.

14. VII. Nachts springt Pat., nachdem sie vorher ruhig geschlafen hat, plötzlich aus dem Bett, läuft im Saal umher, schreit laut. Bald wieder Beruhigung.

18. VII. Vollkommen ruhig, zur Villa verlegt.

30. VII. Unterhält sich gut mit den anderen Patientinnen, gibt auf Befragen geordnet und sinngemäss Antwort, beschäftigt sich mit Handarbeiten.

15. VIII. Hat sich während der ganzen Zeit ruhig verhalten, gleichmässige, zuweilen etwas ausgelassen heitere Stimmung. Sagt, sie freue sich, wenn sie bald nach Hause käme. Glaubt, dass sie sehr krank gewesen ist.

26. IX. In der letzten Zeit das gleiche geordnete Verhalten. War immer fleissig auf der Abteilung beschäftigt. Wird von der Mutter abgeholt. Gebessert entlassen.

Wie der Vater am 1. XI. 04 mitteilt, ist das Befinden der R. sehr gut. Sie hat ihren früheren Dienst wieder angetreten, die Dienstherrschaft spricht sich nur lobend über sie aus.

4. Fall. Emma Sch., Dienstmädchen, 19 Jahre.

Anamnese abgegeben von der Tante am 27. XII. 03.

Heredität, Trauma, Potus, Infection negiert. Schwere Krank-

heiten hat Pat. nicht durchgemacht. Am 31. V. 03 Partus unehelich. Kind gestorben, worüber Pat. sich sehr grämte. Die Eltern haben sie verstossen, der Bräutigam im Stich gelassen. Ref. sah Pat. nur hin und wieder. Weihnachten äusserte sie, die Herrschaft mache ihr unbegründete Vorhaltungen, wenn das noch einmal geschehe, wolle sie das Kind derselben umbringen. Seitdem hat Ref. die Sch. nicht mehr gesehen.

27. XII. Wird Abends im Sanitätswagen gebracht, macht einen scheuen und gedrückten Eindruck. Nachts ruhig, wenig Schlaf.

28. XII. Morgens trübselig gestimmt. Wo hier? (weint) „Im Krankenhaus.“ Personalien richtig angegeben, ist orientiert. Was vorgefallen? „Mein Kind ist gestorben.“ Weint heftig. Bei allen Fragen nach dem Kind und der Geburt fängt sie an zu weinen. Auf Befragen gibt sie an, sie sei in letzter Zeit oft krank und deswegen die Herrschaft recht hässlich gegen sie gewesen. Zuletzt sei sie dann so unglücklich gewesen, dass sie sich das Leben nehmen wollte. In ihrer Verzweiflung habe sie mit dem Kind ihrer Herrschaft, das sie so gern leiden mochte, ins Wasser gehen wollen. Einen Selbstmordversuch habe sie bis jetzt aber nicht gemacht. In den letzten Wochen habe sie gar nicht mehr schlafen können, viel geweint und sich Vorwürfe über ihren Lebenswandel gemacht. Sie habe oft Angst gehabt, die ihr wie ein Druck auf der Brust lag. Es sei ihr vorgekommen, als ob alle Menschen ihr nicht wohlwollten. Sinnestäuschungen will sie nicht gehabt haben.

Status: Sehr schlechter Ernährungszustand, anämisch. Pupillen mittelweit, gleich, rund. R. L. +; R. C. +; A. B. frei. Zunge gerade, zittert etwas. Reflex der O. E. +; Knieph. lebhaft; Achillessehnenreflex +. Motilität und Sensibilität frei. Lunge: Infiltration der rechten Spitze. Herz ohne Besonderheiten. Puls 84, klein. Bauch und seine Organe nichts abnormes. Im Urin eine Spur Albumen.

29. XII. Ruhig zu Bett, weint viel.

5. I. Verkehrt geordnet mit den andern Kranken, beschäftigt sich mit Handarbeiten.

8. I. Gedrückte Stimmung, leicht weinerlich. Sie erzählt,

dass sie in der letzten Zeit ihrer Stellung sehr elend gewesen sei, viel Herzklopfen gehabt habe. Der Tod des Kindes, das unerquickliche Verhältnis zu ihren Eltern, die Untreue des Bräutigams, alles das habe sie so traurig gemacht, dass sie sich das Leben nehmen wollte. In der Klinik sei sie schon viel ruhiger geworden, nicht mehr lebensüberdrüssig. In der Ruhe hier habe sie auch keinerlei körperliche Beschwerden.

13. I. Dauernd gleichmässige Stimmung, verkehrt freundlich mit den andern Kranken, treibt Handarbeit. Nahrungsaufnahme und Schlaf gut.

1. II. Noch ziemlich gedrückt, klagt viel über Schmerzen im Unterleib, verlangt dringend das Kind ihrer Herrschaft zu sehen. Nachdem sie es während eines kurzen Urlaubs gesehen, ist sie aufgeräumt und heiter.

23. II. Drängt beständig auf Entlassung. Pat. fragt selbst, ob sie nicht bald in die Frauenklinik verlegt werden könne, damit sie endlich gesund werde. Auf Befragen gibt sie an, dass sie nach dem Tode ihres Kindes als Amme in Dienst trat und zu ihrem Pflegekind eine grosse Zuneigung fasste. Beständig habe sie der Gedanke gequält, dass sie dasselbe später verlassen müsse. So sei sie zu dem Vorhaben gekommen, sich mit ihrem Pflegekind zu ertränken.

24. II. Auf Wunsch im Einverständnis mit dem Vater entlassen.

5. Fall. Frau Sp., 20 Jahre.

Anamnese abgegeben vom Mann am 9. XI. 03.

Mutter und Vater nervös, Urgrossmutter litt an Schwermut. Trauma, Infection, Potus 0. Pat. ist seit $1^1/_4$ Jahr verheiratet, war vor der Verheiratung wegen Nervosität in ärztlicher Behandlung. Pat. war geistig ausserordentlich entwickelt. Während der Ehe hat Ref. nichts auffälliges bemerkt. Hatte Pat. etwas nicht ganz richtig gemacht, so regte sie sich tagelang darüber auf, ihr Mann könne deshalb böse sein. 12. X. zum ersten Mal entbunden, Geburt war leicht, geringer Blutverlust, Pat. stillte selbst. Wochenbett normal, kein Fieber. Nach 10 Tagen stand Pat. auf, verrichtete leichte häusliche Arbeiten.

Am 1. XI. erwartete Pat. Besuch von einer Freundin. Als diese statt wie verabredet am Nachmittag schon gleich nach dem Mittagessen eintraf, regte sich Pat. äusserst auf, dass sie dem Besuch kein Mittagessen mehr anbieten könne. Von da ab aussergewöhnliches Verhalten. Pat. weinte viel, kümmerte sich nicht um den Besuch, bei einem gemeinsamen Spaziergang musste sie oft ausruhen, verlangte schliesslich mit ihrem Mann allein weiter zu gehen. Abends beruhigte sie sich. Am nächsten Morgen sehr erregt, glaubte sich von der Wärterin schlecht behandelt. Man liess sie zur Beruhigung eine zeitlang allein, fand sie dann ausgezogen mit dem Kind auf dem Bett liegend, die Augen geschlossen. Nach etwa 3 Stunden machte Pat. die Augen wieder auf, sprach ängstlich aber geordnet. In der übernächsten Nacht grosse Unruhe, Pat. stand oft aus dem Bett auf, ging an das Bett des Kindes, das ihres Mannes, sprach nichts dabei. Von Sinnestäuschungen hat Ref. nichts bemerkt. Am nächsten Morgen ganz teilnahmlos, ging am Wagen des Kindes vorüber, schien es ganz vergessen zu haben. Sprach gar nichts, schien ihren Mann nicht zu kennen. Äusserte die Idee, sie werde von den Leuten schlecht gemacht und ihr Mann nehme sie nicht in Schutz. In der folgenden Nacht stand sie auf, schien jemanden im Zimmer zu sehen, rief: „Was wollen Sie hier?“ War dann sehr abweisend, schlug ihrem Mann eine Tasse Milch aus der Hand. Pat. nahm ungenügend Nahrung zu sich, schlief wenig. Seit einigen Tagen Stuhlverhaltung.

Die Mutter der Pat. gibt noch an, dass ihre Tochter sehr ehrgeizig war, bei einem geringen Tadel in der Schule einmal für mehrere Stunden ohnmächtig wurde. Öfters in Folge von Ärger hatte Pat. Anfälle, in denen sie sich auf die Erde warf und mit den Händen um sich schlug.

Wird Abends gebracht. Geht ohne Widerstreben auf die Abteilung, gibt auf Fragen keine Antwort. Nachts ruhig, schläft nicht. Heute sehr widerstrebend. Als sie die Rapportbücher auf dem Tische liegen sah, sagte sie: „Das habe ich doch nicht geschrieben.“ Sonst bisher keine sprachliche Äusserung. Gesichtsausdruck matt und gleichgültig, zuweilen ängstlich, ohne Interesse

für die Umgebung. Nestelt an der Bettdecke herum, strampelt zuweilen heftig mit den Beinen.

Status: Grazil gebaut, Muskulatur und Fettpolster schwach. Temperatur 37,1 °, Puls 120, klein, regelmässig. Pupillen übermittelweit, gleich, rund. R. L. +; VII frei; Abdominalreflex +; Knieph. +; Achillessehnenreflex +; Fusssohlenreflex + (Zehen plantarwärts). Pat. äussert während der Untersuchung nur einmal „lassen Sie mich los."

10. XI. Nicht geschlafen, war aber ruhig die ganze Nacht aufrecht im Bett gesessen. Heute morgen sitzt Pat. in hockender Stellung im Bett, blickt zuweilen mit ängstlichem Ausdruck im Zimmer umher. Es macht den Eindruck, als ob sie etwas sagen wolle, aber nur selten kommt es zu sprachlichen Äusserungen, z. B. „was habt Ihr mir getan?"

14. XI. Drängt andauernd aus dem Bett. Menses eingetreten.

16. XI. Etwas weniger widerstrebend, noch keine sprachlichen Äusserungen.

18. XI. Achtet etwas auf die Umgebung. Krank? „Nein." Wie lange hier? „Das weiss ich nicht." Spontan „ich will aufstehen." Die gynäkolog. Untersuchung ergibt vollkommen normale Geschlechtsorgane.

19. XI. Antwortet zögernd auf Fragen, fragt selbst ängstlich wo ihr Mann sei. Als ihr gesagt wird, zu Hause, fragt sie „Wo zu Hause?" Auf Vorhalt, dass sie in der Nervenklinik sei, sagt sie „Das glauben Sie doch wohl selbst nicht, ich kenne solche Anstalt nicht." Ob sie nicht einen Brief nach Hause schreiben wolle? „Ja, wo soll ich hinschreiben?" Macht noch einen müden Eindruck, bringt die Antworten mühsam heraus.

20. XI. Verlangt energisch, aufstehen zu dürfen. Sagt spontan zum Arzt „Weshalb haben Sie mir meinen Ring abgezogen?"

22. XI. Besuch des Mannes. Pat. erkundigt sich mit Interesse nach den Angehörigen, fragt nach ihrem Kind. Erklärt ihrem Mann, sie zweifle noch etwas, ob das auch hier Ärzte seien, ob sie sich wirklich in einer Klinik befinde. Es sei ihr so vorgekommen, als ob sie in eine Mördergrube geraten sei.

23. XI. Unterhält sich durchaus geordnet mit dem Arzt. Auf Befragen gibt sie an, dass sie geglaubt habe, sie solle hier umgebracht werden. Stimmen habe sie zu Hause nicht gehört, hier habe sie ihre Angehörigen rufen hören.

30. XI. Geordnet und ruhig, steht nachmittags einige Stunden auf, ermüdet sehr schnell.

6. XII. Den ganzen Tag ausser Bett. Beschäftigt sich mit Lesen, Briefschreiben, Handarbeit. Möchte gern nach Haus. Spricht ganz verständig über ihren Zustand.

11. XII. Ist sehr guter Dinge, hat volle Krankheitseinsicht. Vom Mann nach Hause abgeholt.

6. Fall. Nanny L., Dienstmädchen, 19 Jahre.

Anamnese abgegeben von der Schwester.

Vater an Krämpfen, eine Schwester klein an Hydrocephalus gestorben. Trauma, Potus, Infection negiert. Pat. soll ausser Kinderkrankheiten stets gesund gewesen sein. Mit 16 Jahren menstruiert, Menses stets regelmässig. Jetzt die 1. Gravidität, Pat. machte sich viel Gedanken. Schwangerschaft verlief ohne jede Störung. Am 25. II. partus, leicht, ohne grossen Blutverlust. Pat. stillte selbst, konnte nicht mehr schlafen, war aufgeregt wegen des Kindes. Heute morgen fror Pat., äusserte Todesfurcht.

Wird im Sanitätswagen gebracht.

Ins Bett gebracht, liegt Pat. verzückt lächelnd, murmelt vor sich hin, bewegt die Hände. Auf Befragen gibt sie an, sie habe eine sehr schöne Fahrt gehabt, glaubte, es gehe zum Himmel. Sie sehe aber Christus nicht. Monat und Jahr gibt sie richtig an, weiss von ihrer Entbindung. Dann wird sie mehr gedrückt, flüstert, sie wolle sterben, wolle zu Christus.

Status: Grazil, dürftig genährt, blass, Pupillen mittelweit, gleich, rund. R. C. +; R. L. +; A. B. frei; Zunge zittert; Knieph. sehr schwach; Achillessehnenreflex fehlt; Fusssohlenreflex lebhaft (Zehen plantarwärts); Brüste stark geschwollen, blutiger Ausfluss. Puls 90, regelmässig, Leib resistent, nicht druckempfindlich, Dämpfung bis 2 Finger unterhalb des Nabels. Pat. lässt sich willig untersuchen, liegt, sich selbst überlassen, starr

da, ohne bestimmten Ausdruck, mit leerem Blick. Zeitweise schmerzliches Gesichtsverziehen, weinen. Auf Fragen erfolgt sachgemässe, müde Antwort. Zeitlich orientiert, örtlich nicht. Leidliche Erinnerung an die Vorgänge zu Hause. Will sterben. Fängt auf einmal an zu wimmern, äussert auf Befragen, sie müsse sterben und fürchte, dass Christus nicht zu ihr komme. Sinnestäuschungen werden negiert.

2. III. Sitzt aufrecht im Bett mit lächelnder Miene, aufgelösten Haaren und glänzenden Augen. Äussert plötzlich spontan „Mir ist alles so wirr vor den Augen." Nachmittags heftige Erregung, schreit, streckt beide Arme steif empor. Als der Arzt kommt, liegt sie mit starren, angstvollen Zügen, weiten Pupillen auf dem Rücken und schreit immerfort „Eisen, Eisen, Eisen." Auf Zureden äussert sie, sie müsse sterben und könne doch den Herrn Jesus nicht sehen. Beruhigt sich dann, weint nur noch leise. Starrt dann verzückt zur Decke, schnalzt mit der Zunge, gibt Sinnestäuschungen nicht zu. Zieht sich plötzlich das Hemd herunter, beklopft sich die Brüste.

3. III. Springt plötzlich vom Bett aufs Fensterbrett und zurück, wird ins Dauerbad gebracht. Sagt auf Befragen, wie es ihr ginge, sie sei ganz verrückt. Wo hier? „Ja, ich kenne Sie." Spontan keine Äusserung. Springt aus dem Bad, schlägt eine Mitpatientin ins Gesicht. Bäumt sich zeitweise im Bad mit dem Leibe hoch, bohrt den Kopf zurück, alle Glieder starr. Dann wieder liegt sie schlaff, bewegt träumerisch die Hände, lächelt. Zwischendurch wieder lautes Weinen und Lachen, hat etwas Zwangsartiges, Ungewolltes. Spontan einzelne Äusserungen „wer hat mich so verführt?" Die Vorgänge in der Umgebung werden nicht beachtet. Nahrungsaufnahme sehr wechselnd, zuweilen gieriges Hinabschlucken, zuweilen heftiges Widerstreben. Ruft plötzlich „Herr Doktor, kommen Sie mal her." Als der Arzt ans Bett tritt, sagt sie träumerisch „Herr Doktor, ich wollte Sie mal fragen, ob . . ." Versinkt dann. Mittags plötzlich krampfhafte Spannung: Beine so heftig ausgestreckt, dass die Bettwand kracht, Hände krallenartig gekrümmt, Gesicht verzerrt, Mund weit aufgerissen, Zunge herausgestreckt, Augen aufgerissen, dann Mund rüsselartig vorgestreckt, Schmatzbewegungen, Grimmassieren.

Springt dann auf, schlägt um sich, schnaubt lebhaft, lässt Urin unter sich. Nimmt dann eine Stellung in Knie-Ellenbogenlage ein, sucht sich aus dem Bett zu schnellen. Spricht gar nicht, versinkt dann allmählich. Wo sind Sie hier? „Werde ich wieder lebendig, nein, Du bist dageblieben.“ Sagt spontan, „nein, die sind schöner, die können schön sterben.“ Nachts Kot unter sich gemacht, schmiert ihn an die Bettdecke. Springt aus dem Bett, entkleidet sich, läuft nackt im Zimmer auf und ab. Vom Arzt leicht zu beruhigen.

5. III. Verweigert die Nahrung, Sondenfütterung. Tagsüber dauernde Spannung, zeitweise in motorische Unruhe umspringend.

6. III. Stellt sich plötzlich auf den Kopf, die Füsse gegen die Wand anstemmend, grimmassiert fortwährend. Einmal grösste expansive Unruhe, kann nur von mehreren gehalten werden. Legt sich in eigentümlich starrer Stellung mit gespreitzten Beinen, ausgebreiteten Armen, Leib und Gesicht fest auf den Fussboden pressend, hin. Rutscht in dieser Haltung im Zimmer umher, greift sich bald nach dem Bein, bald nach dem Haar, bald nach der Scheide. Steckt den Finger unter krampfhaft saugenden Mundbewegungen tief in den Rachen, reisst sich die Haare aus, schlägt sich mit der Hand auf die Hinterbacken. Die Augen fliegen hin und her, der Mund wird mechanisch auseinandergespreizt und gespitzt. Plötzlich schnellt die Zunge mit kolossaler Kraft etwa hundertmal in riesiger Geschwindigkeit vor und zurück, dabei Hundeatmen. Sehr frequenter, kaum fühlbarer Puls. Dies hält etwa 20 Minuten an, wiederholt sich in kurzen Pausen mehrmals mit einigen Variationen. Dazwischen lautes Geschrei und hastiges Hervorstossen einiger Sätze in Schwedisch. Einpackung, Dauerbad.

7. III. Nachts in dauernder Bewegung und Spannung. Nimmt liegend, sitzend, stehend eigentümlich gezwungene Stellungen ein.

8. III. Immer sehr gespannt, lässt sich auf Anreden fixieren; schläft tagsüber viel, lässt Urin unter sich.

10. III. Spricht etwas auf Schwedisch. Auf Befragen, wie es ihr ginge, sagt Pat., sie wolle aufstehen, in den Himmel, wo ihr jüngster Bruder sei. Antwortet auf weitere Fragen schwedisch.

12. III. Verweigert wieder die Nahrung. Sondenfütterung. Plötzlich sehr ängstlich, weint laut, Bewegungen steif und gehemmt.

13. III. Erklärt eine im Nebenraum liegende Pat. für ihre Mutter. Öfters lautes, ratloses Weinen, scheues Umherschauen und ängstliche Rufe nach ihrer Mutter, die sie bald hier, bald da zu sehen glaubt. Feuchte Einpackung, darauf ruhig.

17. III. Kurz dauernde Erregungszustände, plötzliches Weinen; glaubt im Gefängnis zu sein, weil sie Sünde begangen habe.

18. III. Häufig ganz plötzliche, depressive Affektausbrüche. Verzieht das Gesicht weinerlich, kommt auf den Arzt zugegangen, umfasst ihn, spricht in Tränen einige schwedische Worte zu ihm.

23. III. Im ganzen ruhiger, glaubt oft die Stimme ihrer Mutter zu hören, läuft dann aus dem Bett, blickt träumerisch zum Fenster hinaus.

25. III. Hört wieder ihre Mutter rufen, verlangt nach dem Vater.

30. III. Still für sich, schläft viel. Sieht und hört durch das Fenster ihren Vater.

7. IV. Stundenlange, stereotype Bewegungen mit den Armen, anhaltendes Speien gegen das Fenster; lässt unter sich. Menses wieder eingetreten.

8. IV. Verlässt die Zelle unter theatralischen Gesten, sieht durch das Fenster ihren Vater. Wirft sich plötzlich mit grosser Gewalt zu Boden, fällt auf das Gesicht, schlägt klatschend mit den Armen auf den Fussboden.

16. IV. Liegt tagsüber still unter der Decke versteckt.

22. IV. Ins Ärztezimmer gebracht, beobachtet Pat. ihre Umgebung. Sie befolgt keine Aufforderung, beantwortet nicht die einfachsten Fragen nach Ort und Zeit. Lässt sich plötzlich in die Kniee sinken und bleibt mit ausdrucklosem Gesicht so eine zeitlang mitten im Zimmer hocken.

23. IV. Springt plötzlich aus dem Bett, zerrt eine Mitpat. an den Haaren zum Bett heraus.

15. V. Liegt stumpf zu Bett, das Gesicht unter der Decke, weint und lacht unvermittelt, ist unrein.

17. V. Aggressiv gegen eine andere Pat., würgt sie.

19. V. Sehr erregt, schimpft und schreit. Morfiuminjektion, Dauerbad.

12. VI. Nach einer Zeit eines gleichgültigen, stummen Verhaltens tagelang wieder ganz ungeordnet, gewalttätig.

30. VI. Springt oft triebartig auf, ist aggressiv.

9. VII. Seit einigen Tagen impulsive Handlungen mit lautem Aufschreien. Will nach Amerika reisen. In der Ausdrucksweise sehr gemein.

14. VII. Menses wieder eingetreten.

25. VII. Sehr zornmütig, aggressiv.

13. VIII. Oft heiter, affektiert, imitiert andere, dann wieder abweisend, gewalttätig.

25. VIII. Vollkommen gleichgültig im Bett, spricht nichts, antwortet kaum.

15. IX. Steht auf, treibt Handarbeiten, schreibt einen Brief, ist heiterer Stimmung.

16. IX. Auf Befragen, wie lange hier? „7 Monate.“ Krank gewesen? „Ja.“ Im Kopf? „Nein.“ Sie habe viele Stimmen gehört und Erscheinungen gehabt, geht aber nicht näher darauf ein. Datum? 19. X. 1901.“

27. IX. Wieder erregt, spricht unverständlich.

6. X. Gespannte Haltung, spricht nichts.

27. X. Seit einigen Tagen erregt, gewalttätig.

8. XI. Im ganzen etwas ruhiger, neigt immer noch zu plötzlichen Gewalttaten. Auf Fragen geht sie nicht ein.

24. XI. Ungeheilt nach Schleswig entlassen.

7. Fall. Frau B., 27 Jahre.

Anamnese abgegeben vom Mann am 13. IV. 03.

Pat. war bereits im Jahre 1895 in der Irrenanstalt Schleswig. Sie liess sich Ende Februar 95 die Karten legen, erfuhr, dass ein bestimmter Knecht sie heiraten würde, wenn sie recht oft mit ihm zusammenkomme. Diese Bedingung suchte sie zu erfüllen, aber ohne Erfolg. Plötzlich erklärte sie ihrer Herrschaft, Gott habe ihr nun zugesagt, dass sie den Knecht heiraten solle, es sei aber noch Geheimnis. Von da ab mangelhafter Schlaf, grosse Unruhe, bald weinte sie, bald sang sie, konnte nicht mehr

arbeiten; entkleidete sich zeitweilig, warf Gegenstände zum Fenster hinaus. Nach Schleswig gebracht, war Pat. ruhig und gelassen, tat bald verschämt, bald verliebt, immer höchst erotische Stimmung. Sie entkleidete sich, stellte sich so ans Fenster, fuhr auf andere Kranke los und küsste sie, äusserst erotisch. Hatte dann Selbstmordgedanken. Später freundlich und fügsam, fleissig in der Nähstube. Geheilt entlassen. —

Heredität, Trauma, Potus, Infection negiert. Früher gesund, war schwach begabt, mit 19 Jahren in der Irrenanstalt Schleswig gewesen, seit 1898 verheiratet. 3 Partus, gut verlaufen, 3 Kinder, gesund. Menses regelmässig. Am 24. I. 03 letzter Partus, Geburt und Wochenbett normal, Pat. stillte selbst. Anfang dieses Monats kaufte Pat. ein Loos zu 3 Mark. Am 8. kam sie nach Hause, zeigte ein Osterei von Zucker vor und sagte: „Ich habe auch ein Loos, das ist die weisse Taube, die musst Du als Zeuge anrufen, dann gewinnst Du auch, ich kriege sicher was.“ Nachts stand Pat. auf, guckte aus dem Fenster und sah ein grosses Feuer am Himmel. Dann legte sie Bibel und Testament neben das Loos auf den Tisch, setzte sich dazu und starrte darauf. Am Abend des 9. lief Pat. im Hemd auf den Hof; die ganze Nacht sah sie zum Fenster hinaus, äusserte wiederholt „o, wie ist es da hell!“ Die nächsten Tage besorgte Pat. noch ihren Haushalt, am 12. zog sie sich alles verkehrt an, ging in ganz verrückter Kleidung auf die Strasse. Sagte zu ihrem Mann, er solle ihr den Kopf abhauen, versuchte Nachts aus dem Fenster zu springen.

Wird vom Mann in die Klinik gebracht.

Geht willig mit zur Abteilung; im Bett sieht sie verwundert um sich, schlingt hastig ohne Pause die Suppe hinunter. Ins Ärztezimmer gebracht, fängt sie während der Untersuchung leise zu singen an, drückt dem Arzt die Hand, tritt ihm auf den Fuss, schnalzt mit den Lippen, nimmt eigentümliche Stellungen ein, sieht den Arzt träumerisch an. Name? „Dorothea B.“ Stadt? „Berlin.“ Monat? „Mai.“ Haus? „Schlechtes Haus.“ Wo krank gewesen? Pat. nimmt eine Feder und schreibt auf ein Papier „Der Mai ist gekommen, die Bäume der Frost mit G.“ Wiegt rhythmisch den Oberkörper hin und her, schmiegt sich an den

Arzt an, singt dabei leise. Erscheinungen gehabt? Sagt flüsternd „Schlechte Luft.“ Ihr vorgehaltene Gegenstände bezeichnet sie richtig. Fasst sich plötzlich an den Fuss, zieht den Schuh aus und sagt „Schlecht gewaschen, der Nero.“ Über die Vorgänge zu Haus gibt sie keine Auskunft.

Status: Grazil, ziemlich gut genährt. Im Gesicht Schweisssecretion. R. L. +; R. C. +; A. B. frei; VII symmetrisch. Zunge gerade, Pupillen mittelweit, gleich, rund. Knieph. +; Achillessehnenreflex +; Abdominalreflex +; Fusssohlenreflex +. Lunge, Herz, normal, Bauchorgane ohne Besonderheiten. Ins Bett gebracht, grosse Unruhe, kniet und hockt bald im Bett, bald springt sie heraus und hinein. Wiederholt mehrmals „Was sollen wir draussen machen, was sollen wir draussen machen, Musik.“ „Das können wir doch alle, baden, küssen Sie mir den Mund.“ „Haben Sie denn kein Eis hier im Keller, Kühe haben wir nicht.“ Beisst in ihre Kleider und in die ihrer Umgebung, kaut an ihren Haaren, tänzelt im Saal herum, ist sehr erotisch, wühlt fortwährend das Bett durcheinander. Springt plötzlich aus dem Bett, zerschlägt mit der Faust einen schweren Spiegel, haut mit Stühlen gegen die beiden Pflegerinnen. Feuchte Einpackung, Dauerbad.

15. IV. Ist orientiert, lässt sich im Bad halten, kniet oder stellt sich oft auf, singt vor sich hin. Läuft Nachts aus dem Bett, klammert sich an den Arzt, blickt ihn unverwandt an, spitzt den Mund, krallt sich in den Kleidern des Arztes fest. Einpackung ohne grossen Erfolg.

16. IV. Dauerbad. Verweigert das Essen. Eigentümliche Stellungen, obscöne Handlungen. Trotz Einpackung und Narcoticis nur 2 Stunden Nachtschlaf.

17. IV. Dauerbad, kaum darin zu halten. Rauft sich die Haare, wälzt sich im Bad hin und her. Spontan nach einiger Zeit „ich habe Heimweh, will nach Hause, habe 2 Kinder.“ Ins Isolierzimmer gebracht, sehr unruhig, schlägt mit der Faust ein starkes Glasfenster ein. Sondenfütterung. Auf Schlafmittel 6 Stunden Schlaf.

18. IV. Wickelt sich in den verschiedensten Stellungen im Bettzeug ein, hockend, kniend, in sich zusammengerollt. Ist

ängstlich, ratlos. Nachmittags will sie zur Kirche, das Abendmahl nehmen, habe Sünde getan. Kennen Sie mich? Nach langer Zeit „ja, Kaiser Wilhelm.“ Menses wieder eingetreten.

19. IV. Ängstlich, affektiert, hält sich stets die Bettdecke vor den Leib, weicht aus, wenn man sie anpacken will.

20. IV. Etwas ruhiger, beobachtet ihre Umgebung, fasst richtig auf, antwortet aber nicht.

21. IV. Nicht geschlafen, unruhig.

22. IV. Apathisch, stuporös, weint viel.

25. IV. Sehr unruhig, zieht sich das Hemd aus, lässt alles unter sich.

27. IV. Auf Chloralhydrat 1,0 und Morphium 0,01 gut geschlafen. Spricht spontan zum 1. Mal, sagt, dass ihr die Sondenfütterung weh tue.

28. IV. Will zu ihrem Mann, verlangt nach einem Stück Brot. Fragt nach dem Abendmahl, sie wolle das Vaterunser beten.

2. V. Zerreisst ihr Hemd, lässt sich nicht füttern. Spontan „ich muss hinaus, ist denn kein Krieg?“

3. V. Besuch des Mannes, spricht wenig mit ihm, fragt nach ihren Kindern.

5. V. Unruhig, kramt im Bett herum, sucht sich zu entkleiden.

6. V. Sagt spontan „ich will ins Wasser.“ Versucht über die Seitenbretter zu steigen, will ihr Hemd wieder zerreissen.

12. V. Schläft für gewöhnlich gut. Weiss auf Vorhalt, dass sie einen Spiegel entzweigeschlagen hat. Auf Befragen warum, sagt sie, sie habe anfangs vom Lehrer schlechte Zeugnisse bekommen. Entkleidet sich, stellt sich so ans Fenster.

25. V. Auf Befragen nach ihrem Befinden sagt sie mehrmals kurz hintereinander „kein Verstand, kein Verstand.“

3. VI. Vom Mann abgeholt.

8. Fall. Elisabeth W., Dienstmädchen, 25 Jahre.

Pat. war bereits einmal in der Irrenanstalt Schleswig und einmal in der psychiatrischen Klinik Kiel.

1. Aufnahme in Schleswig am 6. I. 01.

Eltern und Geschwister sollen gesund sein. In der Schule

angeblich gut gelernt, will keine ernsthaften Krankheiten durchgemacht haben. Menstruierte mit 16 Jahren, Menses regelmässig. Geschlechtskrankheiten sind nicht nachzuweisen, aber wahrscheinlich. Hat 1897 und 1899 geboren, beide Kinder sind nach ca. 10 Wochen gestorben. Von dem Vater der zwei ersten Kinder glaubt sie sich jetzt wieder schwanger. Ihr Dienstherr bemerkte, dass sie in letzter Zeit traurig gestimmt war und schlecht arbeitete. Sie glaubte öfter, ihren Bräutigam ans Fenster klopfen zu hören, hatte Angst vor ihm. Eines Morgens stand sie nicht auf, erzählte in predigendem Ton von ihrem Bräutigam und ihren Kindern, wollte sich dann ertränken. Ins Krankenhaus gebracht, sehr unruhig, redet Tag und Nacht ununterbrochen. Sagte, sie fühle einen Krampf in den Gliedern, diesen Krampf habe auch das Kind aus ihrer Brust gesogen und sei daran gestorben. Hört ihren Bräutigam ans Fenster klopfen, meint, ihr 2. Kind lebe noch, weint unvermittelt. Über ihr früheres Leben gibt sie richtig Auskunft.

9. I. Nachts ruhig, aber schlaflos. Unglückliche Stimmung, hört noch klopfen, fährt dann zusammen.

20. I. Schläft besser, im allgemeinen ruhig, beschäftigt sich mit Handarbeiten.

17. II. Weint in den letzten Tagen viel ohne Grund. Nimmt heute ganz eigentümliche Stellungen ein.

24. III. Sehr unruhig, schreit, wirft das Essen auf den Boden, steht öfter hartnäckig auf dem Kopf. Hochgradige Katalepsie.

27. III. Still ruhig, interessiert sich für die Umgebung.

1. IV. Hört Stimmen im Garten, sie solle totgemacht werden. Sagt, das sei auch damals so gewesen, als sie anfing, schlecht zu werden. Klagt über Schwindel und Ohnmacht. Traurige Stimmung.

10. IV. Keine Stimmen mehr. Sieht manchmal Nachts, wenn sie nicht schläft, Figuren. Ruhig, fleissig.

5. VI. Klagt über Leibschmerzen, als ob es Wehen wären. Uterus zwischen Nabel und Schwertfortsatz.

23. VII. Ruhig, ordentlich, fleissig. Macht sich Sorgen, wo sie nachher bleiben soll, da sie so leicht keine Stelle finden werde.

31. VII. Zur Frauenklinik Kiel übersiedelt. Von dort als geheilt entlassen.

2. Aufnahme in Kiel 12. VII. 02.

Anamnese abgegeben vom Dienstherrn.

In den ersten Tagen des Juli wurde Pat. auffallend still, machte sich Sorge, dass sie schwanger sei. Am 14. VII. lief sie ziel- und zwecklos umher, rang die Hände. Sprach vom folgenden Tage ab gar nicht mehr, wanderte ruhelos umher.

Status: Starker Knochenbau, mittlerer Ernährungszustand. Pupillen übermittelweit, gleich, rund. R. L. +; R. C. +; A. B. frei; VII symmetrisch. Zunge gerade, zittert nicht. Knieph. +; Achillessehnenreflex +; Fusssohlenreflex + (Zehen plantarwärts). Motilität intakt, Herz, Lunge o. B. Pat. sträubt sich erst, läuft dann im Walzerschritt ins Untersuchungszimmer. Sitzt erst starr auf dem Stuhl, grimmassiert dann, springt plötzlich auf und schlägt um sich. Wie heissen Sie? „Anna Lisbeth Maria W., Anna Fischreder." Ob krank? „Ja." Wo? „Im Unterleib." Jahr? „1901." Stadt? „Schleswig." Ob Angst? „Ja." Wovor? „Vor schlechter Krankheit." Ob angesteckt? „1896." Hören Sie Stimmen? „Ja." Hören Sie keine Stimmen? „Nein." Während der Fragen stereotype Bewegungen, kratzt sich den Kopf, würgt eigentümlich; werden ihr die Hände gefaltet, macht sie ein frommes Gesicht; ballt man ihre Hand zur Faust, schlägt sie sofort wütend zu.

18. VII. Nachts sehr laut, lässt Kot und Urin unter sich, hält auf dem Nachtstuhl hartnäckig zurück. Springt im Bett auf und ab, in der Isolierzelle hupft sie wie ein Frosch.

19. VII. Stereotype Bewegungen, ist ziemlich orientiert.

20. VII. Schmierte 3 mal mit Kot, aufs Kloset gebracht, hält sie den Stuhl an. Weint und singt abwechselnd.

23. VII. Unverändert. Imitiert das Tanzen und Herumspringen einer manischen Kranken.

27. VII. Stereotypieen.

5. VIII. Schläft Nachts, tagsüber ruhig im Bett. Beim Waschen Morgens kurzdauernder Schwindelanfall.

8. VIII. Ruhig, orientiert. Erzählt, dass sie Stimmen gehört und Bilder vor Augen gesehen habe, Kühe und Menschen. Wieder kurzdauernder Schwindelanfall.

9. VIII. Mittags sehr lustig, Abends sehr erregt, klettert, ohne ein Wort zu sprechen, am Fenster hoch.

14. VIII. Sehr gedrückt, bleibt zu Bett.

31. VIII. Schläft letzte Zeit gut, beschäftigt sich mit Stricken.

6. IX. Nachts 4 Uhr plötzlich starke Uterinblutung. Zur Frauenklinik verlegt.

Dort überstand Pat. einen Abort, der ausgeräumt wurde.

17. IX. Aus der Frauenklinik zurück. Ruhig und fleissig. Möchte entlassen werden. Waren Sie krank? „Ja.“ Im Kopf? „Ja.“

7. X. Befinden unverändert gut, möchte in Stellung.

1. XI. Fleissig und ordentlich. Geheilt entlassen.

3. Aufnahme in Kiel 29. VII. 03.

Anamnese erhoben von der Dienstfrau.

Ref. kennt Pat. seit ihrer Entlassung aus der Klinik. In den ersten Monaten ging es gut, Pat. war fleissig und ordentlich, ging nie aus. Seit 6—8 Wochen regelmässiger Verkehr mit einem Knecht. Pat. äusserte vor ca. 14 Tagen die Befürchtung, sie könne wieder schwanger sein. Gleichzeitig sagte sie, „wenn ich nur nicht wieder nach der Nervenklinik muss.“ Bis zum 24. VIII. ganz geordnet. Da hatte Pat. Streit mit einem andern Mädchen, regte sich sehr auf, rief die Ref. und sagte „bleiben Sie da, ich bekomme Krämpfe.“ Fiel dann um, schlug mit Armen und Beinen um sich, schrie, war für kurze Zeit bewusstlos. Am 25. ganz ähnlicher Krampfanfall. Pat. äusserte die Absicht, etwas einzunehmen, um die Schwangerschaft zu unterbrechen. Klagte viel über Kopfschmerzen.

Wird von der Dienstfrau gebracht.

Geht ängstlich auf die Abteilung, will ganz ruhig sein, damit sie nicht lange zu bleiben brauche. Sagt spontan „ich möchte etwas Medizin, o mein Bauch, wie tut der weh.“ Grimmassiert, streckt die Zunge heraus, fragt dann plötzlich „das Kind kommt jetzt doch auch wieder tot zur Welt; ich möchte nicht wieder in die andere Klinik.“ Erzählt, sie habe Angst, dass ihr Bräu-

tigam sie sitzen lassen wolle, daher sei sie auch wieder krank. Beschreibt dann ganz ausführlich ihr Liebesverhältnis mit dem Knecht. Über ihren Krampfanfall am 24. und 25. weiss sie genau Bescheid. Jetzt sei sie ganz vergnügt, brauche auch nicht lange hier zu bleiben. Auffallend ist bei der Exploration ihre grosse Ideenflucht. Auf Befragen gibt sie an, sich Nachts sehr zu ängstigen, sie sehe Gespenster, und es habe auch schon jemand an ihr Fenster geklopft. Sie habe auch gefürchtet, sie müsse sich auf der Polizei untersuchen lassen, weil sie so ein schlechtes Mädchen sei, das habe sie sich aber nur eingebildet. In dieser monotonen Weise redet sie fort.

Status: Ziemlich gute Muskulatur, dürftiger Ernährungszustand. Pupillen mittelweit, gleich, rund. R. L. +; R. C. +; A. B. frei; VII symmetrisch. Zunge kommt grade, zittert etwas; Abdominalreflex —; Plantarreflex +; Motilität und Sensibilität intakt. Lunge, Herz o. B. Uterus nicht palpabel, Brüste leicht geschwellt.

1. IX. geordnet und ruhig, schläft gut.

5. IX. Schwindelgefühl, starker Brechreiz. Pat. hat unangenehme Träume, sieht Schatten im Zimmer, hört Leute auf dem Korridor laufen.

13. IX. Orientiert. Stimmung sehr wechselnd, zuweilen lustig, zuweilen weinerlich. Arbeitet nicht, sagt, sie sei nicht hergekommen um zu arbeiten. Wegen der Schwangerschaft macht sie sich keine Sorgen, sie fühle sich wohl und kräftig. Zuweilen sehr erregt.

6. X. Ruhig und geordnet, fleissig. Hört keine Stimmen mehr, spricht sehr gleichgiltig über ihre Schwangerschaft. Gynäkologische Untersuchung ergibt Gravidität im 4. Monat.

7. XI. Auf Befragen: Sie sei gar nicht krank gewesen, sei nur zur Erholung hergekommen. Wisse selbst nicht, ob ihre Gespenstererscheinungen Wirklichkeit oder Einbildung waren.

11. XI. verstimmt, untätig, weinerlich.

3. XII. Wieder freier und fleissig. Drängt nach Haus, will im Januar heiraten.

11. XII. Weinerlich, abweisend. (Ein an den Bräutigam gerichteter Brief ist als unbestellbar zurückgekommen.)

16. XII. Lacht vor sich hin, wälzt sich auf dem Fussboden.

17. XII. Weint viel, bleibt zu Bett. Eindringlich nach einem evtl. eingetretenen Abort gefragt, macht sie ausweichende Angaben.

18. XII. Traurig, müde, lässt den Speichel aus dem Munde laufen. Erklärt, vor 14 Tagen habe sie auf dem Kloset beim Stuhlgang Blut verloren, ein grösseres Stück (sie zeigt etwa 15 cm) sei dabei gewesen. Gibt auf Befragen an, sie freue sich nicht, dass die Schwangerschaft zu Ende wäre, sie habe lieber ein Kind gehabt.

Bimanuelle Untersuchung ergibt: starke Anteflexion, Vergrösserung des corpus uteri auf über Faustgrösse.

19. XII. Gynäkologische Untersuchung: Aeusserer Muttermund für die Fingerkuppe durchgängig, Cervicalkanal geschlossen, Portio hoch stehend, Adnexe normal, keine Blutung, kein Secret.

28. XII. Ruhig, abweisend, spricht nichts.

31. XII. Erregt, läuft im Zimmer umher, aggressiv. Will sich den Hals zuschnüren, springt triebartig aus dem Bett, wälzt sich auf dem Fussboden.

1. I. 04. Unruhig, schreit laut, läuft sinnlos umher. Um 9 1/2 Uhr Einsetzen der Wehentätigkeit, 12 1/4 Geburt einer etwa 4monatlichen Frucht. Geringe Blutung, Eihäute vollständig. Die Unruhe hält an.

2. I. Sehr unruhig, schreit, schimpft, springt fortwährend aus dem Bett. Wiederholt stereotyp dieselben obscönen Ausdrücke, völlig orientiert.

4. I. Ruhig zu Bett. Auf Befragen: Sie habe so laut schreien müssen.

9. I. Weinerlich, ruhig zu Bett. A. B., weshalb so traurig, ihr Schatz schreibe ihr nicht mehr.

11. I. Spricht leise und monoton. Spielt mit den Fingern im Munde herum, kümmert sich um nichts.

26. I. Nachts sehr unruhig, schimpft, lacht, singt, wirft das Essen in den Saal, reisst sich das Hemd herunter, wird aggressiv gegen die Pflegerin.

28. I. Sehr erregt, schreit. Wie geht es Ihnen? „Schlecht, du kannst mich ja aufhängen.“ Warum so heftig? „Das weiss

ich selbst nicht, weil ich so verrückt bin.“ Wie lange hier? „Seit dem 29. August sage ich dir.“ Sie habe nur ein lebendes Kind, wieviel tot seien, wisse sie nicht.

30. I. Sitzt mit läppischem Ausdruck zu Bett, steckt den Zeigefinger in den Mund, blickt ängstlich um sich.

5. II. Dauernd läppisch, läuft lachend und singend im Saal umher, zeitweise abweisend, schlägt die Pflegerin.

17. II. Sehr unruhig. Sagt, als sie sieht, wie der Arzt über ihr Befinden Notizen macht, „wenn du alles aufschreibst, brauchst du nichts mehr zu wissen. Mit Speck fängt man Mäuse.“ Erzählt, sie habe in der Nacht Theater gespielt. Meist abweisend, zuweilen heiter.

22. II. Sitzt dauernd mit verstörtem Gesichtsausdruck im Bett, blickt suchend um sich, gibt keine Antwort. Versucht andauernd, sich den Hals zuzuschnüren.

3. III. Ruhiger geworden, gleichgiltig, apathisch.

5. III. Im ganzen geordnet, zeitlich und örtlich orientiert. Will nichts mehr davon wissen, dass sie sich Tücher um den Hals gebunden hat.

29. III. Dauernd geordnet, arbeitet etwas.

10. IV. Ruhig, arbeitet fleissig, drängt auf Entlassung.

30. IV. Hat zum 1. V. Stellung gefunden.

Geheilt entlassen.

Epikrise.

Ich wende mich nunmehr zur kritischen Betrachtung der einzelnen mitgeteilten Fälle.

Im 1. Fall, Frau M., handelt es sich um ein Fieberdelirium bei schwerer allgemeiner Sepsis. Allerdings sind Bewusstseinstrübung und Desorientiertheit kaum ausgesprochen, Sinnestäuschungen fehlen ganz. Dafür besteht aber noch im allerletzten Stadium der Erkrankung eine vollkommene Euphorie, so dass unser Fall hauptsächlich als isoliertes Gefühlsdelirium aufzufassen sein dürfte.

Ob dies Delirium (hauptsächlich) dadurch hervorgerufen ist, dass die Ganglienzellen nur bei einer gewissen mittleren Tem-

peratur arbeiten können, oder ob das im Fieber krankhaft veränderte Blut toxische Stoffe für das Zentralnervensystem produziert, entzieht sich unserer Kenntnis.

Der Schwere der puerperalen Infektion entsprechend tritt der Tod ein.

Fall 2, Frau Sch., betrifft eine Geistesstörung, die sich nicht ohne weiteres in eine bestimmte Klasse einreihen lässt. Am ersten möchte ich sie noch als einen vereinzelten Cyclus des manisch-depressiven Irreseins auffassen. Es wäre ja wohl möglich, dass die Psychose schon längere Zeit bei unserer Pat. bestand, bisher aber in einem völlig dem sozialen Leben angepassten Rahmen verlief. Pat. bietet zunächst das typische Bild einer Melancholie mit trauriger Verstimmung, Halluzinationen beängstigender Natur, Neigung zu plötzlichen Gewalttaten. Zeitlich und örtlich orientiert, gibt sie doch verworrene Antworten. Dann folgt eine manische Phase mit heiterer Verstimmung, ideenflüchtiger Verwirrtheit und zeitweise grosser Unruhe. Unter allmählichem Abklingen der Symptome tritt Genesung ein.

Fall 3, Dora R., ist eine typische, schwere, puerperale halluzinatorische Verwirrtheit. Nach einem kurzen Prodromalstadium, gekennzeichnet durch Unruhe, Schlaflosigkeit, traurige Stimmung, treten dann ziemlich plötzlich zahlreiche und sehr lebhafte Sinnestäuschungen unzusammenhängender Art, bes. Gesichts- und Gehörshalluzinationen ein. Pat. ist in der Folge hochgradig verwirrt, unorientiert, leidet an Schwindelgefühl, zeigt einen jähen Wechsel der Erscheinungen. Fast andauernd ist sie in Erregung und Unruhe, Logorrhoe, Echolalie und Echopraxie sind ausgesprochen, ekstatische und dämonomanische Stellungen ebenfalls vorhanden. Zwischendurch erscheinen Zustände katatonischen stupors mit Mutismus, Negativismus, flexibilitas cerea. Pat. schmiert, verweigert die Nahrung. Sie hellt dann langsam auf und kann nach 5 Monaten gebessert entlassen werden.

Im 4. Fall, Emma Sch., haben wir eine melancholische Depression der Laktationszeit vor uns und zwar die Form der melancholia simplex. Prämonitorische nervöse Symptome, Appetitlosigkeit, gesteigerte Reizbarkeit gehen voraus, dann entwickelt

sich eine tiefe, andauernd traurige Verstimmung. Mit dieser Hand in Hand geht eine Verlangsamung und Hemmung des Denkens und Handelns, Versündigungsideen, Wahnvorstellungen im Sinne der Minderwertigkeit treten auf. Zuweilen peinigt hochgradiges Angstgefühl die Pat., Selbstmordgedanken tauchen zwar auf, doch kommt es nicht zum Suicidversuch. Sinnestäuschungen fehlen. Entsprechend der günstigen Prognose des einzelnen melancholischen Anfalls bei jugendlichen Personen sehen wir völlige Heilung eintreten.

Fall 5, Frau Sp., ist wieder eine halluzinatorische Verwirrtheit in der Laktation, hier aber die leichte Form. Im Anschluss an eine ganz unbegründete Aufregung bricht die Krankheit aus. Auffallend ist das starke Zurücktreten der Sinnestäuschungen. Pat. zeigt zunächst lebhafte motorische Unruhe und Verworrenheit, wird dann stumm, apathisch und befindet sich bereits in der 4. Woche in sicherer Reconvaleszenz. Nach einer weiteren Woche ist sie gänzlich genesen.

Fall 6, Nanny L., dürfte aufzufassen sein als Katatonie im Puerperium. Die Psychose beginnt subakut mit Unruhe, Schlaflosigkeit. Unter Angstgefühl, Todesfurcht treten dann Sinnestäuschungen und Wahnideen bes. auch religiösen Inhalts auf. Erregung und triebartige aggressive Handlungen gegen die Umgebung stellen sich ein. Dann kommt es zur Ausbildung des charakteristischen katatonischen stupors mit seinen nicht zu verkennenden Erscheinungen. Auch Befehlsautomatie wird beobachtet. Zeitweilig wird dieses Bild unterbrochen durch Anfälle katatonischer Erregung, die sich in stereotyper Weise stundenlang in den unsinnigsten Handlungen kundgibt. Manchmal ist Pat. wieder leidlich geordnet, zeigt nur läppische Absonderlichkeiten, wie Grimmassieren, unmotiviertes Lachen, Ausziehen der Kleider etc. Die Orientierung ist vollkommen verloren. Pat. muss ungeheilt in die Irrenanstalt Schleswig verlegt werden, ist nach einem Bericht dieser Anstalt auch von dort ungeheilt entlassen und wird sich jetzt in einem Stadium zunehmender Demenz befinden.

Fall 7, Frau B., stellt eine schwere halluzinatorische Verwirrtheit mit katatonischen Erscheinungen und stark erotischer

Färbung dar. Ziemlich plötzlich treten mitten in der Gesundheit massenhafte Halluzinationen und Illusionen sowie Wahnideen (Versündigung) auf. Völlige Unorientiertheit und Verwirrtheit sind die Folge, begleitet von Erregung und impulsiven Handlungen. Dann bricht katatonische Erregung aus mit stereotypen sinnlosen Bewegungen und brüsken Gewalttätigkeiten gegen belebtes und unbelebtes, hartnäckigen Selbstmordversuchen. Es entwickelt sich ferner katatonischer stupor mit heftigstem Widerstreben, Stummheit, Nahrungsverweigerung. Pat. wird gebessert entlassen.

Fall 8, Elisabeth W. Bei der ersten Aufnahme (Schleswig) wird wohl eine einfache Schwangerschaftsmelancholie vorgelegen haben. Unter Appetitmangel, krankhafter Willenlosigkeit entsteht die charakteristische traurige Verstimmung. Sinnestäuschungen, ausgeprägte Angstgefühle treten auf, Selbstmordgedanken werden wach. Zahlreiche Verfolgungsideen, Versündigungsideen stellen sich ein. Dazwischen schieben sich katatonische Erscheinungen, Katalepsie, stereotype Haltungen und Bewegungen. Mit der Geburt vollzieht sich die vollkommene Genesung.

Bei der 2. Aufnahme (Kiel) zeigt Pat. die ausgesprochenen Symptome einer Graviditätskatatonie. Dieselbe beginnt unter dem Bild einer psychischen Depression mit grösster Unruhe, sodann setzt katatonische Erregung ein mit Stereotypieen, Grimmassieren, Rülpsen usw. Es bestehen Gesichts- und Gehörstäuschungen, hochgradiger stupor wechselt mit stärkster Exaltation ab. Negativismus, Echopraxie, Echolalie sind vorhanden. Nach dem Abort tritt wieder normales psychisches Verhalten ein.

Auch bei der 3. Aufnahme (Kiel) dürften wir es mit Katatonie zu tun haben. Im Anschluss an einen Krampfanfall, der sich später noch einmal wiederholt, treten Kopfschmerzen und starke Unruhe auf, die Orientierung für Ort und Zeit ist erhalten. Es besteht grosse Ideenflucht, leichter Stimmungswechsel, lebhaftes Angstgefühl; Gesichts- und Gehörstäuschungen treten auf. Nach einem längeren Zustand der Gleichgiltigkeit erscheinen Episoden ängstlicher Erregung mit plötzlichen Gewalttätigkeiten impulsiver Art und Selbstmordversuchen. Zwischendurch einzelne Stereotypieen, läppisches Wesen. Pat. hellt dann langsam auf und kann geheilt entlassen werden.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die freundliche Ueberlassung der Arbeit sowie die gütige Unterstützung bei derselben meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

Litteraturverzeichnis.

Binswanger und Siemerling, Lehrbücher der Psychiatrie.

Blumenthal, Beitrag zur Lehre vom puerperalen Irresein, I. D., Kiel 1903.

Dörschlag, Otto, Beitrag zu den Puerperalpsychosen, I. D., Berlin 1886.

Fürstner, Über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. 1874.

Eulenburg, Realencyklopädie.

Hoche, Über puerperale Psychosen. Arch. f. Psych. Band 24.

Hoppe, Symptomatologie und Prognose der im Wochenbett entstandenen Geistesstörungen. Arch. f. Psych. Band 15.

Kraepelin, Psychiatrie.

Senator, H. und S. Kaminer, Krankheiten und Ehe.

Siemerling, Graviditäts- und Puerperal-Psychosen, Kiel 1904.

v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie.

Vita.

Verfasser, Adolf Peter Paul Max Scherer, kath. Konfession, wurde geboren am 2. Januar 1878 zu Dillenburg in Hessen-Nassau. Seine Schulbildung erhielt er auf dem Gymnasium zu Saarbrücken, das er 1897 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er widmete sich dem Studium der Medizin auf den Universitäten Greifswald und Marburg, wo er 1902 das tentamen physicum bestand. Seine klinische Ausbildung erhielt er in München, Berlin und Kiel. Am 20. Februar 1905 bestand er dort das medizinische Staatsexamen.